

Allegato 5

Al Dirigente Scolastico
I.C. S. Lucia
Cava de' Tirreni

Il/La sottoscritto/a
COGNOME *NOME*

Luogo di nascita prov. data di nascita

genitore dell'alunno/a della classe / sezione
scuola Infanzia Primaria Secondaria di I grado ,

Plesso di

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate al contenimento di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

Che il proprio figlio/a può essere riammesso/a a scuola, poiché nel periodo di assenza dello stesso/a **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19

- Febbre (> 37,5° C)
- Tosse
- Difficoltà respiratoria
- Congiuntivite
- Rinorrea/congestione nasale
- Sintomi gastrointestinali (nausea/vomito/diarrea)
- Perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- Mal di gola
- Cefalea
- Mialgie

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione a scuola.

Luogo e data ,

Firma